

8. Graziani F., Vano M., Cei S., Tartaro G., Mario G. *Unusual asymptomatic giant sialolith of the submandibular gland: a clinical report*. J. Craniofac. Surg., 2006; 17(3):549-552.

9. Boffano P., Gallesio C. *Surgical treatment of a giant sialolith of the Wharton duct*. J. Craniofac. Surg., 2010; 21(1):134-135.

10. Cottrell D., Courtney M., Bhatia I., Gallagher G., Sundararajan D. *Intraoral removal of a giant submandibular sialolith obstructing Wharton's duct: a case report*. J. Mass Dent Soc., 2011; 60(2):14-16.

11. Emir H., Kaptan Z.K., Uzunkulaoglu H., Dogan S. *A rare case of asymptomatic bilateral submandibular gland sialolithiasis: a giant, fistulized calculus on the right and multiple calculi on the left*. Ear. Nose Throat J., 2010; 89(10):502-504.

12. Oteri G., Procopio R.M., Cicciù M. *Giant Salivary Gland Calculi (GSGC): Report Of Two Cases*. Open Dent. J., 2011; 5:90-95.

13. Rai M., Burman R. *Giant submandibular sialolith of remarkable size in the comma area of Wharton's duct: a case report*. J. Oral. Maxillofac. Surg., 2009; 67(6):1329-1332.

14. Rivera-Serrano CM, Schaitkin BM. *Giant bilateral submandibular sialoliths and the role of salivary endoscopy*. Laryngoscope, 2010; 120 Suppl 4:S135.

15. Kesse W.K., Shehab Z.P., Courteney-Harris R. *A megalith of the parotid salivary gland*. J. Laryngol. Otol., 1998; 112(8):784-785.

16. Güngörmüş M, Yavuz MS, Yolcu U. *Giant sublingual sialolith leading to dysphagia*. J. Emerg. Med., 2010; 39(3): 129-130.

Rezumat

Sialolitiază gigantă este considerată o patologie rară, în literatura anglo-saxonă fiind descrise 54 de cazuri în perioada 1942-2009. Autorii prezintă cazul clinic de sialolitiază gigantă rezolvat prin litextracție endoorală. Este prezentată revista literaturii la acest subiect.

Summary

Giant sialolithiasis is a rare finding, with only 54 cases being published during 1942-2009. The authors present a case of giant sialolithiasis with successful intraoral calculi extraction, as well as the literature review regarding this topic.

Резюме

Гигантский сialолитиаз является редким заболеванием в англо-саксонской литературе описаны 54 случая в период 1942-2009. Авторы представляют гигантский сialолитиаз разрешённый эндоральной литекстракцией. Представлены данные современной литературы.

TERAPIA TISULARĂ A NEVRALGIEI NERVULUI TRIGEMEN PRIN GREFĂ DE NERV CADAVERIC CONSERVAT: PLAN TARDIV

Ion Munteanu, dr. hab. în medicină, prof. univ.
Catedra Stomatologie Ortopedică, Chirurgie Oro-maxilo-facială și Implantologie Orală,
USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Actualitatea temei abordate este determinată de faptul că încă nu se cunoaște etiologia nevralgiei nervului trigemen, de lipsa preparatelor efective de tratament. În aceste condiții, este important de a elabora noi metode care ar putea fi utilizate în tratamentul complex al nevralgiei de trigemen.

Sindromul dureros este definit ca o experiență senzorială și emoțională neplăcută, determinată sau relaționată cu leziuni reale ori potențiale, respectiv descrisă în termeni ce se referă la o asemenea leziune. Tursky (1976), într-un articol de referință, subliniază implicarea diferitelor componente ale durerii, cum ar fi: intensitatea (aspectul cantitativ), calitatea (aspectul senzorial) și componența reactivă (distressul asociat).

Nevralgia trigeminală (NT) la momentul actual este cunoscută sub diverse denumiri: nevralgia trigeminală idiopatică, ticul dureros al feței, nevralgia epileptiformă, prosopalgia, nevralgia trigeminală primară, morbus Fothergilli, nevralgia facială, nevralgia quinti major etc.

Scopul studiului a fost analiza eficacității terapiei tisulare (TT) pe o perioadă de aplicare de peste 40 de ani (1967 – 2012) pe un număr de 759 de pacienți.

Materiale și metode

Am realizat un studiu retrospectiv pe 759 pacienți, analizând rezultatele tratamentului prin greafă de nerv cadaveric conservat. Statisticile Clinicii de chirurgie orală și maxilo-facială a USMF Nicolae Testemițanu arată că nevralgia trigeminală este o boală a vârstei înaintate, peste 40 de ani, cel mai frecvent între 50 și 65 de ani. Sub vârsta de 25 de ani este întâlnită cu totul excepțional.

Sexul feminin este mai des afectat decât cel masculin – 3:2 femei față de bărbați.

S-a constatat predispoziția pentru ramura a II-a a nervului trigemen și pentru partea dreaptă a feței – 58,2% pe dreapta și 41,8% pe stânga. În unele lucrări se explică anatomopatologic această situație prin ra-

portul mai intim în partea dreaptă între artera cerebeloasă mijlocie și rădăcina senzitivă a trigemenului. Urmează – în ordinea frecvenței – ramura a III-a, apoi ramura I și în fine combinația dintre aceste ramuri. Materialele privind cei 759 pacienți prezintă următoarea distribuție procentuală: ramura I = 3%, ramura II = 24%, ramura III = 16%, ramura I și II = 16%, ramura II și III = 32%, ramura I și III = 2-3%, ramura I, II și III = 6%, bilateral = 2-3%. Statistici asemănătoare prezintă și alți autori (1–5, 8, 11, 17, 23, 29, 30, 32, 34).

De regulă, criza dureroasă este declanșată prin excitarea printr-un stimul slab a unei zone restrânse cutanate, gingivale sau mucoase (jugale), mereu aceeași și care se numește zonă dolorigenă „trigger zone”. Stimulul poate fi reprezentat de o ușoară atingere, de o vibrație sau de o distorsiune a țesuturilor menționate (12, 13, 14, 31, 33).

Aprobarea metodelor tradiționale de tratament ne-a convins de efectul curativ temporar, slab eficient s-au fără efect.

În 1967 s-a propus o metodă nouă de tratament a acestei patologii – prin grefă de nerv cadaveric conservat (19, 20).

Această metodă a fost inspirată din lucrările lui I. P. Filatov (1933), care au la bază concepția conform căreia țesuturile vitale supuse unui anumit proces de conservare se restructurează biochimic, dând naștere unor substanțe hiperactive biologic. Am denumit aceste substanțe *stimulatori biogeni* și le acordăm un rol deosebit în mobilizarea forțelor de protecție a mezenchimului funcțional și a reticuloendoteliului. De asemenea, menționăm că aceste substanțe stimulează și funcțiile celulare.

Din multitudinea de țesuturi cărora li s-a recunoscut rolul de stimulator biogen, s-a precizat că pielea este cea mai activă. Am utilizat-o și noi în cazul nevralgiei esențiale de trigemen, dar nu ne-a oferit rezultatele dorite. După îndelungi căutări, am ajuns la concluzia că homogrefa de nerv corespunde cel mai bine scopului propus.

Manoperele de recoltare și de preparare a grefelor de nerv s-au făcut la Biroul republican de expertiză medico-legală și la morga Spitalului I Municipal din Chișinău.

Sursa de material nervos a constituit-o cadavrele umane cuprinse în limitele de vârstă 19-50 de ani care au decedat prin cauze traumatice sau prin accidente cardiovasculare. Selecția cadavrelor s-a făcut în baza foilor de observație clinică și a concluziei expertizei medico-legale. Din câmpul de interes au fost excluse cadavrele cu antecedente de tumori maligne, cu suferințe psihice, boli contagioase, cu sifilis sau cu infecție HIV.

Am recoltat și am utilizat fragmente din ramurile periferice ale nervului sciatic. Recoltarea materialului s-a făcut întotdeauna ținând cont de regulile de asepsie și antisepsie. După recoltare preparatul a fost eliberat de țesutul adipos și de alte țesuturi, după care s-a spălat munițios de sânge și de alte reziduuri, sub jet de apă curentă timp de 30 de minute.

Cercetând materialul recoltat, am constatat că el conține imunoglobuline de tipul Ig. G, Ig. A, Ig. M în proporție de 60%, 50% și, respectiv, 40%. Originea proteică a imunoglobulinelor decelate și deci potențialul lor sensibilizant în raport cu organismul receptor ne-a determinat să epurăm grefele de aceste imunoglobuline. Am obținut acest lucru prin lavajul obișnuit. Dezintegrarea complexelor imune antigen-anticorp am realizat-o prin aplicarea (imersia) grefei în mediul acid. Pentru aceasta am utilizat o soluție-tampon citric fosfat (acid citric 16,8 g și fosfat de natriu 7,12 g) pentru un litru de apă distilată. Preparatul este păstrat în această soluție timp de 30 de minute, interval de timp după care imunoglobuline nu se mai decelează.

Sterilizarea preparatului se execută în felul următor: nervul prelucrat în modul descris se învește într-un tifon și se așază deasupra unui vas care conține soluție de formol 40%, totul fiind închis într-un alt recipient mai mare, ermetic, pentru a concentra vaporii de formol. Păstrând-o în aceste condiții timp de 20 de minute, grefa se sterilizează, după care este introdusă într-un conservant și se păstrează la frigider la temperatura de 4-6°C.

Testul bacteriologic pentru sterilizarea nervilor conservați se face conform procedurilor uzuale. După un triplu examen bacteriologic, nervii se livrează serviciilor curative. Pe etichetă se marchează numărul de ordine al preparatului, seria, data prelevării, vârsta, sexul și grupul sangvin, Rh-u donatorului.

Utilizând GN prelucrate în modul descris, am obținut efecte clinice mult mai rapide.

Procedeul de conservare a preparatelor. Tipul de conservant folosit pentru păstrarea GN – 0,5% formol – nu a influențat calitățile curative ale preparatului. Cercetarea repetată a preparatelor pentru verificarea sterilizării după luni de păstrare în conservant nu a semnalat prezența bacteriilor. Soluția de conservant din flacon se schimbă după fiecare 7 zile. Cu toată simplitatea preparării și conservării grefelor, aceasta trebuie efectuată de către un personal avizat și cu probitate profesională în condițiile unui laborator de conservare a țesuturilor.

Am testat diferite lungimi de nerv – de la 1 cm până la 25 cm. Cel mai adecvat și eficient s-a dovedit a fi preparatul cu lungimea de 0,5-1 cm.

Între cazurile observate am remarcat 54 de per-

soane care la lungimea de 0,5-1 cm a preparatului au semnalat efect curativ deja după 2-6 ore de la transplantare. Fenomenul curativ remarcat s-a manifestat prin atenuarea durerilor şi reducerea frecvenţei crizelor dureroase.

Frecvenţa transplantărilor. La începutul cercetărilor noastre am efectuat transplantul la aceeaşi persoană cu o frecvenţă de 1 săptămână. Ulterior am mărit frecvenţa la 3 zile, apoi la 2 zile iar în ultimii ani – zilnic.

Numărul de transplanturi pentru o serie curativă a fost în medie 5-10 grefe.

Pregătirea psihologică a pacientului pentru intervenţie. Înaintea intervenţiei chirurgicale se culeg toate datele anamnestice şi se efectuează explorările preoperatorii necesare. Concomitent, explicăm bolnavului esenţa intervenţiei chirurgicale, arătându-i că aceasta presupune un tratament chirurgical, operaţia executându-se pe aria spinală. Unii pacienţi se tem de intervenţia chirurgicală şi de aceea este bine ca mai întâi ei se asiste la un alt caz căruia i se repetă schimbarea grefei. Se întâmplă ca pacientul să ceară explicaţii privind originea grefelor de nerv şi în consecinţă să refuze tratamentul. Dar după explicaţii clare, el acceptă formula terapeutică, înţelegând rigourile de selecţie şi de preparare a grefelor. În seara precedentă intervenţiei pacientul îşi face baia corporală.

Pregătirea nervului pentru grefare. Cu 30 minute înainte de intervenţia chirurgicală, scoatem din frigider flaconul de sticlă cu dop rodat în care am păstrat pentru conservare preparatul nervos. În condiţii riguroase de asepsie, dopul şi gura flaconului se dezinfectează cu alcool 96%, se taie un fragment de nerv de 0,5 cm, care se introduce în ser fiziologic timp de 30 minute, pentru a îndepărta de pe preparat soluţia de formalină. Apoi nervul se aşază între două tampoane sterile de tifon, se stoarce şi astfel este gata pregătit pentru a fi introdus în loja operatorie subcutanată.

Pregătirea preoperatorie a pacientului. Pacientul este solicitat să se dezbrace până la brâu şi fie că rămâne aşa, fie că îmbracă un halat chirurgical. Aceasta pentru a permite accesul medicului asupra regiunii dorsale. Se inspectează atent tegumentul regiunilor inter şi subscapulare, pentru a exclude prezenţa proceselor septice sau a cicatricilor în zona de interes chirurgical. Poziţia pacientului poate fi în decubit ventral pe masa de operaţie sau pe o canapea de consultaţie. De asemenea, el poate ocupa şi o poziţie şezândă pe un scaun cu spătar sau pe fotoliu stomatologic cu spatele către chirurg şi sprijinindu-se cu mâinile de braţul stâng al fotoliului. Pregătirea chirurgicală este cea obişnuită oricărui act chirurgical.

Tehnica operatorie. Câmpul operator se aseptizează prin ştergerea tegumentului de două ori cu

soluţie de alcool 96%. Se identifică apoi unghiul inferior al scapulei şi ceva mai jos de acesta se infiltrează soluţia anestezică. Soluţia se infiltrează mai întâi intradermic, până se obţine obişnuita imagine de coajă de lămâie. Apoi se infiltrează anestezic şi în ţesutul adipos subcutanat. Se trasează o incizie orizontală de 0,8-1 cm până în ţesutul adipos. În plagă se intră cu o pensă Mosquito, al cărei vârf se orientează superior pe sub tegument, între acesta şi ţesutul adipos până la adâncimea de 2 cm. Prin deschiderea braţelor pensei, pe măsura avansării ei se creează un tunel care, atenţie! este modelat în aşa fel încât să fie cu fundul spre superior, şi nu spre inferior. Aceasta pentru a facilita drenajul secreţiilor din plagă (sânge, serozitate) şi pentru întreţinerea aseptică a recesului modelat.

Prin această modificare a tehnicii de incizie putem supraveghea statusul hemostatic, detalii de mare importanţă pentru efectul curativ al preparatului care trebuie să realizeze un contact direct cu patul de transplant şi să nu fie izolat de acesta prin înfăşurarea lui în cheaguri sangvine. În tunelul astfel pregătit introducem homogrefa de nerv, după care închidem plaga aplicând o sutură cu fir poliamidic. Am preferat acest material de sutură pentru că el nu se scămosează, nu se infectează şi nu lasă urme pe tegument. În final, plaga suturată se badijonează cu spirt sau cu soluţie de iod 0,5%. Plaga se acoperă cu un pansament steril fixat cu leucoplast.

După 24 de ore de la operaţie, pansamentul se îndepărtează, câmpul operator se badijonează din nou cu alcool 96%. Apoi din nou se execută anestezia prin infiltraţie, se suplimentă suturile, se desfac buzele plăgii şi cu pensa Mosquito se extrage grefa de nerv implantată în ziua precedentă. Urmează prepararea aseptică şi hemostatică a tunelului subcutanat restant cu soluţie de apă oxigenată 3% şi furacilină, iar dacă o cere situaţia clinică – se aplică şi compresiunea pentru hemostază. După această manevră, în buzunarul constituit se include un nou fragment de nerv. Plaga se suturează, iar linia de sutură se badijonează cu iod. Se aplică un pansament protector compresiv. În finalul seriei curative se suprimă ultimul transplant nervos, iar plaga se prelucrează şi se suturează.

În cazul infecţiei plăgii operatorii sau la apariţia primelor semne de inflamaţie, transplantul se îndepărtează, iar patul de transplant se prelucrează cu jet de apă oxigenată introdusă cu seringă, după care în buzunarul subcutanat se introduce furacilină. După dispariţia secreţiei, plaga se suturează, pansamentele se schimbă zilnic după badijonarea în prealabil cu soluţie de iod 0,5%.

Asemenea complicaţii inflamatorii au fost constatate la 63 de bolnavi şi, de obicei, au apărut prin erori de asepsie. Dar în aceeaşi zi sau în ziua urmă-

toare, pe partea contralaterală sau mai jos de implan-
tul anterior se poate forma din aceeași tehnică un nou
tunel, pentru a include un nou transplant nervos. Pan-
samentele se schimbă zilnic (se poate face la domi-
ciliu), iar plaga se badijonează cu alcool sau cu iod
0,5%. Plaga se acoperă cu pansamen steril ce se fi-
xează cu leucoplast.

Pacienții sunt avertizați ca în perioada tratamen-
tului să se ferească de traumatisme în zona operată, să
evite dormitul în decubit dorsal, să se abțină de la baie
corporală. Nu vor ridica greutatea de peste 5 kg. Se re-
comandă excluderea antrenamentelor sportive, evita-
rea intemperiei, nu vor deschide larg gura, vor vorbi
liniștit, pentru a nu exacerba manifestările dureroase
trigeminale, la ieșirea din încăperi vor acoperi zona
trigemină afectată pentru 10-15 minute, timp nece-
sar ca pielea să se adapteze la temperatura din exterior.
Pacienții nu vor deschide brusc gura și nu vor întoarce
brusc capul. În plus, pacienții sunt rugați să evite consu-
mul de alimente sărate, foarte dulci, fierbinți, reci, apă
gazoasă, produse acre, alimente uscate. Temperatura
alimentelor va fi în jurul a 37-39° C.

Rezultate și discuții

Rezultatele TT sunt apreciate pe baza unui studiu
pe un lot de 759 de pacienți cu nevralgie esențială de
trigemen. Înainte de a fi supuși TT, acești pacienți au
fost distribuiți în 4 grupe după cum urmează:

1. Persoanele care s-au prezentat pentru prima
dată la un examen și tratament pentru nevralgia trige-
minală, ei nefiind supuși încă la nici un alt tratament
(70 cazuri).

2. Bolnavii care au fost deja supuși unor trata-
mente conservative pentru afecțiunea amintită (459
persoane).

3. Pacienții care au fost deja supuși unei neuroli-
ze chimice (110 persoane).

4. Bolnavi care au fost supuși unor intervenții
chirurgicale pe ramurile periferice trigeminale (120
cazuri).

În funcție de complexitatea tabloului clinic la
momentul prezentării în serviciul nostru, pacienții au
fost grupați în următoarele forme clinice: ușoare – 15
cazuri, medii – 124 cazuri, grave – 620 cazuri. Stu-
diul nostru statistic arată că 95,6% din pacienți s-au
prezentat pentru recidive fiind supuși anterior unor
tratamente ca: blocaje cu alcool și novocaină, uncrop,
intervenții chirurgicale pe ramurile periferice ale tri-
gemenului sau roentgenterapie.

Efectele TT la bolnavii supuși anterior neuroli-
zei prin alcoolizare o ilustrăm prin cazul unei bolnave
(G.) de 63 ani, tratată pentru nevralgie esențială pe
ramurile II și III trigeminale în stânga.

La prezentare în serviciul nostru, bolnava a acu-

zat dureri vii sub formă de arsură în regiunea mandi-
bulo-maxilară și la nivelul vălului palatin, declanșate
în crize în timpul desciderii gurii, masticăției, vorbi-
rii, la spălarea feței, periajul dentar, în timpul mersu-
lui sau chiar în repaus. Debutul bolii a fost în urmă cu
5 ani, relaționat cu o extracție traumatogenă a dintelui
2.8. Până la prezentarea în serviciul nostru, a urmat
un tratament medicamentos cu finlepsin, acureflexo-
terapie, alcoolizarea ramurilor II și III trigeminale, 5
cure de tratament fizioterapic, aloe, FIBS. Efectele cu
durata cea mai lungă s-au obținut după neuroлиза al-
coolică (6 luni de remisie). Ultima recidivă însă nu a
răspuns la nici un tratament.

Examenul obiectiv: toate semnele de sensibilitate
sunt atenuate. Se disting zone trigger pe tegumentul
infraorbitar și pe cel mentonier, precum și pe mucoa-
sa crestei alveolare din jurul dinților 2.7, 2.8.

Antecedentele personale patologice: hipertensiune
arterială, sub tratament.

În serviciul nostru bolnava a fost supusă TT prin
homotransplant de nerv în regiunea subscapulară,
subtegumentar. Primele rezultate au apărut abia după
al VI-lea transplant, manifestate prin diminuarea in-
tensității și frecvenței crizelor dureroase. Efectul evi-
dent resimțit de către pacientă a apărut abia după 12
ședințe de terapie tisulară, rămânând totuși neinfluen-
țate durerile sub formă de arsură localizate pe creasta
alveolară în stânga. După 17 cure terapeutice durerile
s-au diminuat în intensitate, dar nu au dispărut com-
plet. S-a externat totuși cu o ameliorare evidentă.

La un an revine din nou cu exacerbarea acuzelor
dureroase, pentru care i s-au făcut încă 15 cure de TT.
Din nou, la 7 luni postoperator reapar exacerbările
dureroase. S-a supus din nou unei serii de 18 grefări.
Durerile au cedat, dar la externare bolnavei i s-a re-
comandat să-și susțină tratamentul cu finlepsin 3 x ½
tablete la 24 de ore. Între timp a mai urmat 6 ședințe
de TT pentru o recidivă declanșată la frig. Și aceasta
a fost cupată prin TT. În sfârșit, ultima recidivă a fost
tratată și ea cu alte 7 serii de homogrefe de nerv. Paci-
enta a rămas în continuare sub observația noastră.

Am prezentat cazul de mai sus pentru a ilustra
caracterul rebel și violența deosebită a paroxismelor
dureroase care apar după tratamentele consacrate (al-
coolizări, roentgenterapie, acupunctură, tratamentul
medicamentos), care reduc din potențialul curativ al
TT cu homogrefă de nerv. Cu toate acestea, în cazul
prezentat se reține faptul că atât prima serie de tra-
tament, cât și seriile următoare au determinat efecte
clinice pozitive, chiar dacă ele au fost mai diminua-
te. Faptul este totuși important de remarcat, deoarece
afecțiunea a fost refractară la orice alt tratament.

La ceilalți pacienți cuprinși în grupul celor tratați
cu diverse metode înainte de TT, rezultatele după cu-

rele terapeutice cu homografia de nerv au fost următoarele: fără crize dureroase – 61,2% după intervale de timp cuprinse între 1 și 40 de ani de la instituirea tratamentului; 20,9% – cu ameliorare evidentă a bolii după un interval de timp cuprins între 6 și 23 ani de la tratament; 16,9% – cu o stare ameliorată pe un interval de timp cuprins între 6 luni până la 24 ani.

Grupul de pacienți supuși tratamentului conservativ (medicamentos, fizioterapie, acupunctură), înainte de TT instituită de noi, a fost compus din 459 de cazuri. La aceștia prin TT s-au obținut rezultate durabile după cum urmează:

- vindecarea cu dispoziția totală a acuzelor dureroase – 83,6% fiind observați pe o perioadă cuprinsă între 5 și 27 ani;

- ameliorare evidentă la 7,7% dintre pacienți, fiind urmăriți de noi pe o perioadă cuprinsă între 6 luni și 18 ani;

- ameliorare moderată – la 5,7%, aceștia fiind supravegheați între 3,5 luni și 27 ani postoperator;

- eșecul tratamentului la 2% dintre pacienți.

Rezultatele de mai sus subliniază eficiența TT de durată, singură sau asociată cu terapie medicamentoasă, chiar și în cazurile tratate anterior prin mijloace conservative.

Grupul de pacienți (120 cazuri) care înainte de TT au fost supuși tratamentului chirurgical are o componență eterogenă, fiind vorba de suferinzi cu o vechime a bolii între 1 și 32 de ani.

Rezultatele TT pentru acest grup pot fi ilustrate prin următorul caz clinic: Bolnavul F. de 33 de ani a urmat un tratament pentru nevralgie de trigemen, localizată pe ramurile I și II în stânga. La prezentarea în serviciul nostru bolnavul a acuzat dureri sub formă de crize nevralgice frecvente în zona supero-mediană a feței de partea stânga. Crizele deveneau mai frecvente spre sfârșitul zilei de lucru. În ultimul timp ele apăreau cu o frecvență de 4-5 ori pe zi, cu o durată de o oră, o oră și jumătate. În timpul crizelor bolnavul își apăsa cu forță zona de urgență a ramurilor I și II trigeminale, cu scopul de a diminua suferința. Debutul bolii îl plasează la nivelul anului 1962, în cursul stagiului militar în flota marină, unde intemperiiile au fost frecvente și intense.

De la declanșarea bolii până la prezentarea în serviciul nostru (timp de 18 ani), pacientul a urmat numeroase tratamente: extracții dentare 2.5; 2.6, vitaminoterapie, fizioterapie, blocaj novocainic, infiltrații cu alcool, uncrop, neuroexereza ramurilor I și II trigeminale în stânga, tratament medicamentos cu finlepsin, tegretol, rețete magistrale, acupunctură. Eficiența diverselor tratamente a fost evaluată la o durată cuprinsă între 4-5 luni.

La examenul obiectiv al pacientului s-au remar-

cat cicatrice supraorbitară și suborbitară în stânga după neuroexereză. De asemenea, s-a evidențiat hipoestezia tegumentelor în zonele aminite. Termograma arată hipotermia feței în stânga cu gradient termic de 1,5° C.

S-au instituit o serie de ședințe de TT după tehnica descrisă. La 30.12.2000 s-a început prima cură terapeutică, apoi la 31.01.2001 s-a finalizat cea de a doua cură de tratament. În 07.01.2002 bolnavul a revenit, anunțând că durerile au dispărut complet, iar el a trecut la o viață normală. Supravegheat timp de 10 ani postoperator, pacientul nu a mai prezentat nici un semn de recidivă, în afara unor ușoare fulgurații pe traiectul ramurilor trigeminale afectate, dar care au cedat la tratamentul cu finlepsin. Cazul relatat este reprezentativ pentru felul cum a prezentat un răspuns de durată la TT, după ce toate celelalte tratamente au devenit inefficiente.

Ceilalți pacienți cuprinși în același grup au prezentat următoarele rezultate: vindecare completă – 37,5%; ameliorare evidentă – 35%; ameliorare moderată – 25,5%; eșec terapeutic – 2%.

Acest grup a fost monitorizat pe o perioadă de timp cuprinsă între 1,5 luni și 30 de ani.

Rezultatele cele mai favorabile au fost obținute la grupul de pacienți care s-au prezentat în serviciul nostru pentru asistența primară, adică acei care ni s-au adresat direct înainte de a fi supuși altor tratamente. Acest grup de bolnavi a fost compus din 70 persoane.

Răspunsul la TT în acest grup poate fi ilustrat prin următorul caz clinic. Bolnava G. în vârstă de 72 de ani s-a prezentat în serviciul nostru cu dureri nevralgice intense sub formă de paroxisme pe teritoriul ramurii a II-a în dreapta, cu iradiere în ochiul drept, în regiunea temporală și endocranian. Crizele erau declanșate în timpul meselor, la vorbire și uneori spontan, cu o mare frecvență. Boala avea o vechime de peste un an, perioadă în care ea nu a fost tratată.

Antecedente patologice: tahicardie, radiculită pe dreapta.

La 08.01.2001 s-a instituit prima serie de tratamente cu homografia de nerv. După a doua grefă și mai ales după cea de a treia, bolnava a remarcat o ameliorare evidentă, intensitatea paroxismelor s-a diminuat, iar frecvența lor a scăzut. După cea de a V-a grefă, crizele dureroase au dispărut, iar bolnava și-a putut relua funcțiile de masticatie, de vorbire. De asemenea, pacienta și-a putut relua deprinderile de igienă a feței, fără riscul de declanșare a crizelor dureroase după cele 8 ședințe de TT. Monitorizată timp de 10 ani, am putut constata absența totală a fenomenelor dureroase. Efectele curative ale TT au fost similare și la ceilalți bolnavi din grupul amintit.

Concluzia pe marginea răspunsului acestei categorii de pacienți la TT este că bolnavii cărora li s-a instituit primar această terapie beneficiază de rezultate durabile și de un răspuns mai prompt la tratament. Aceasta în comparație cu răspunsurile doar parțiale și de durată mai mică, cu recidive mai frecvente cei care înainte de TT au fost supuși altor terapii dintre cele deja amintite și care alterează structura nervilor afectați.

Ilustrative în acest sens sunt și rezultatele modeste obținute la pacienți supuși în prealabil radioterapiei. Grupul acestora a fost compus din 8 cazuri. Vechimea bolii la subiecții din grup s-a înscris între 1 și 23 de ani. Toți au prezentat crize paroxistice violente (lancinante) frecvente. Pentru ilustrare, prezentăm cazul P.: 61 ani, NT esențială localizată pe ramurile II și III în dreapta. Durerile sunt de o intensitate insuportabilă, sub formă de junghi cu iradiere difuză craniană. Crizele dureroase au devenit continue zi și noapte, imobilizând bolnava. Boala a debutat în urmă cu 2 ani și este corelată cu o răceală suprapusă pe un traumatism psihic. Până la prezentarea în serviciul nostru, pacienta a urmat o terapie conservativă, blocaje cu alcool și novocaină, roengenterapie două ședințe, acupunctură, electroforeză cu dimexid, hidroclorizol, vitamina E.

Antecedentele personale patologice consemnate: rujeolă, scarlatină, tifos, pneumonie, malarie, septicemie, bronșită, arahnoidită, osteocondroză, fibrom uterin cu histerectomie ulterioară.

La 28.02.1986 s-a instituit prima cură de TT, dar abia după cea de a opta grefă de nerv bolnava a sesizat o relativă ameliorare care i-a permis alimentarea cu alimente fluide. După cea de a X-a grefă de nerv, ameliorarea a devenit mai intensă, iar fenomenele dureroase s-au remis parțial timp de 4 ani. La 03.08.1986 paroxismul dureros a revenit cu aceeași intensitate și violență. S-a instituit din nou TT cu 6 homogrefe de nerv, dar efectul terapeutic obținut a fost nesemnificativ. Starea generală alterându-se progresiv, bolnava s-a adresat Institutului de Neurochirurgie din Kiev unde, în cursul intervenției chirurgicale, a decedat.

Atât în cazul relatat, cât și în celelalte 26 de cazuri, TT au avut ca urmare doar o ușoară ameliorare pentru o perioadă de la 2 până la 6 luni. Din aceste motive, am renunțat la a mai efectua TT la această categorie de pacienți (supuși terapiei iradiante). Este important să precizăm că doi dintre pacienții cuprinși în acest grup au fost iradiați pentru alte afecțiuni decât suferința trigeminală. Totuși, și în aceste cazuri rezultatele terapiei au fost modeste.

În legătură cu eficiența TT, în funcție de vârsta pacientului, facem precizarea că această terapie nu este influențată de vârstă. Faptul se cere a fi remarcat

cu atât mai mult cu cât patologia trigeminală este întâlnită preponderent la vârsta înaintată, vârsta la care mulți medici sunt tentați să abandoneze tratamentul, considerând că acești pacienți sunt lipsiți de șansa unor rezultate favorabile.

Terapia tisulară se dovedește a fi salutară pentru cazurile respective. Pentru ilustrare, prezentăm situația pacientei G., care la vârsta de 84 de ani (la 30.06.1978) ni s-a adresat pentru dureri nevralgice pe ramurile II-III trigeminale în dreapta, de foarte mare intensitate, cu crize subintrânde care o epuizau. Boala a debutat cu 8 ani înainte, iar cu 3 săptămâni înainte de a se prezenta în serviciul nostru ele au devenit de o frecvență și intensitate insuportabile. Anterior venirii pacientei în serviciul nostru, ea a urmat tratamente medicamentoase, fizioterapice, blocaje cu alcool și novocaină, fiecare dintre ele oferind rezultate nesemnificative.

La examenul obiectiv s-au evidențiat zonele trigger la aripa nasului, pe buza superioară, pliul nazolabial. La examenul ortopantomografic s-a evidențiat îngustarea găurilor infraorbitară și mentonieră pe partea afectată în raport cu cea sănătoasă.

La 30.06.1978 s-a instituit TT. Deja după 4 ore de la prima homogrefă de nerv bolnava a sesizat diminuarea intensității dureroase, dar au rămas active zonele trigger și tulburările de sensibilitate. După a IV-a procedură, crizele dureroase s-au limitat doar la câteva pe zi, tranzitorii și fără iradierile precedente. S-a efectuat a VI-a grefă de nerv, după care bolnava s-a ameliorat evident nu numai fizic, ci și psihic, nemaiașteptând cu groază revenirea crizelor. Totuși au persistat ușoare senzații dureroase pe cele două ramuri trigeminale (II și III) în dreapta. Însă zonele trigger au dispărut complet împreună cu durerile.

Pacienta a fost supravegheată timp de 3 ani, perioadă în care boala nu a recidivat. În 1980 a intervenit decesul prin accident cardiovascular, dar din afirmațiile apropiaților a rezultat că episoadele dureroase nu au mai revenit.

Cazul relatat este particular și nesemnificativ pentru vârsta înaintată a pacientei, care a răspuns rapid la TT și cu efecte curative durabile. Rezultatele în cazurile celorlalți pacienți s-au prezentat astfel: vindecare – la 19 persoane (termene de observație 1-13 ani); ameliorare – la 25, observate în decurs de 2 luni până la 4 ani.

Recidivele NT, după tratamentele TT, au fost observate în 15% cazuri. În aceste cazuri terapia s-a putut relua, dar în astfel de situații au fost necesare mai multe ședințe (15-20 și mai multe). Prin tratamentele repetate ale recidivelor paroxismului dureros, dispariția durabilă a crizelor s-a obținut în 7 cazuri, supravegheate timp de 1-8 ani, în 4 cazuri s-a obținut o

ameliorare evidentă, iar în alte 2 cazuri – o ameliorare moderată până la 6 luni postoperator.

În concluzie, conform situaţiilor prezentate mai sus privind TT, putem susţine că atunci când pacienţii se prezintă la primele semne ale bolii sau ale recidivelor, tratamentele cu homogrefe de nerv au efecte mai favorabile, survin mai rapid, se reduce durata curei de tratament, iar efectele sunt mai durabile în timp.

Pentru consolidarea rezultatelor se recomandă ca după prima cură de tratament să se repete serii profilactice (2-3 şedinţi) şi în primul an la fiecare 3-4 luni, în al doilea an – la interval de 6 luni, iar în al treilea – an o singură cură profilactică de tratament.

Concluzii

1. Terapia tisulară prin grefă de nerv cadaveric conservat este metoda cea mai efektivă dintre toate metodele tradiţionale.

2. Avantajele terapiei tisulare cu homogrefă de nerv constau în menajarea structurii şi funcţiei nervilor afectaţi, evitarea dependenţei de acest tratament.

3. Terapia tisulară poate fi reluată ori de câte ori este nevoie în cazul recidivelor, fără a periclitata starea generală a organismului, aşa cum se întâmplă în cazul utilizării metodelor consacrate.

4. Mecanismul de acţiune al terapiei tisulare în sindromul dureros, aşa cum rezultă din cercetările noastre, implică următoarele aspecte: nervul transplantat absoarbe anticorpii din organism, care au fost eliberaţi ca reacţie de răspuns la afecţiunea nervoasă, iar ca urmare se constituie complexul nerv-antigen-anticorp. Preparatul nervos (homogrefa) influenţează veriga T celulară (prin stimularea subpopulaţiei de limfocite teoflinrezistente), sporesc EROC şi valorile transformării blastice cu FHA, se reechilibrează imunitatea umorală prin diminuarea concentraţiei de Ig.G. şi Ig.A.

5. Prin administrarea stimulatorului biogen în circuitul general al organismului se stimulează eliberarea endorfinelor la nivelul hipofizar şi al apeductului central, iar prin acestea se obţine atenuarea sindromului dureros. Ameliorările imune favorizează de asemenea conducerea nervoasă adecvată la nivelul nucleului descendent al trigemenului. Ulterior sunt posibile procese de autoplastie (regenerare mielenică) ale fibrelor demielinizate de trigemen, prin utilizarea mielinei din structura homogrefei de nerv transplantat, regenerare care explică stabilitatea efectelor curative.

Bibliografie

1. Arseni C.; Oprea I. *Durerea*. Bucureşti: Ed. Didactica şi Pedagogică. 1982.

2. Botez M. I.; Şerbănescu T.: *Algiile carniene şi craniofaciale*. Bucureşti: Ed. Medicală, 1965.

3. Bouquot J.; Christian J. *Long-term effects of jawbone curettage on the pain of facial neuralgia*. J. Oral Maxillofac. Surg., 1995; 53: 387-397.

4. Cawson, R. A.: *Pain, Anxiety and Neurological Disorders*. In: *Essential of Dental Surgery and Pathology*. Churchill-Livingstone, London, 1991.

5. Chung J. M. *Peripheral mechanisms of neuropathic pain*. 3rd International Congress on Orofacial Pain and Temporomandibular Disorders. Seoul, Korea, 13-14, May 2000.

6. Crăciun Tr.; Ciurdariu O. *Treatment of trigeminal neuralgia with electric acupuncture using alternate frequencies*. Am. J. Acupuncture, 1979; 7: 251-254.

7. Daoud G.; Rouchon C. *Algies Faciales*. E. M. C. H. (1986), 22041 A¹⁰, p. 1-24.

8. Dumas M.; Perusse R. *Diagnosticul diferenţial al neuropatiei trigeminale senzitive*. Os. Om. Op., 1999; 87: 5.

9. Filatov V. P.: *Terapia tisulară*. Kiev, 1953: p. 306.

10. Filipescu A.: *Din experienţa noastră privind nevralgia esenţială de trigemen*. Stomatologia, 1965: nr. 4.

11. Fromm G. H.; Graff-Radford, S. B.; Terence S. B.; Terrence C. F.; Sweet W. H. *Pretrigeminal neuralgia*. Neurology, 1990; 40: 1493-1495.

12. Gale D.; Prime S.; Campbell M. J. *Trigeminal neuralgia and multiple sclerosis*. Oral Surg., Oral Med., Oral Path., 1995; 79: 398-401.

13. Greeg J. M.; Small E. W. *Surgical management of trigeminal pain with radiofrequency lesion of peripheral nerves*. Journ. of Oral and Maxillofac. Surg., 1986; 44: 122-125.

14. Kerr F. W. L.; Miller R. H. *The pathology of trigeminal neuralgia. Electron microscopic study*. Arch. Neurol. Psychiatr., 1966; 15: 308.

15. Kreiner M. *Use of streptomycin lidocaine injections in the treatment of the cluster tic syndrome. Chemical perspectives and a case report*. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery, 1996; 24: 289-292.

16. Law S. A.; Lilly P. J. *Trigeminal neuralgia mimicking odontogenic pain*. Oral Surg., Oral. Med., Oral Path., 1995, 80: 96-100.

17. Melzack R.; Wall P. D. *Pain mechanisms: a new theory*. Science, 1965; 150: 971.

18. Mitchell R. G.: *Pretrigeminal neuralgia*. Br. Dent. J., 1980; 149: 167-170.

19. Munteanu I. T. *Metodă de pregătire a nervului transplant*. Brevet de invenţie nr. 1717143, A61K 35/30. Moscova, Comitetul de Stat pentru invenţii şi descoperiri (publicat 07.03.1992).

20. Munteanu I.T. *Metodă de terapie tisulară*. Brevet de invenţie MD nr. 105 C2., A61B17/00, Chişinău, Republica Moldova (publicat 31.12.1994).

21. Al. Musaed A. A.; Zakrzewska J. M.; Bain B. J. *Carbamazepine and folic acid in trigeminal neuralgia patients*. Journal of the Royal Society of Medicine, 1992; 85: 19-22.

22. Pierce C. J.; Chrisman K.; Bennett M.E. et al. *Stress, anticipatory stress and psychologic measures related to sleep bruxism*. J. Orofacial Pain, 1995; 9: 51-56.

23. Rowbotham M.C.; Fields H. I. *Postherpetic neuralgia: the relation of pain complain, sensory disturbance and skin temperature*. Pain, 1989; 39: 129-144.

24. Stajic Z.; Jumper R. P.; Todorouse L.: *Peripheral streptomycin – lidocaine injections versus lidocaine alone in the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia. A double blind controlled trial*. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery, 1990; 18:243-246.

25. Kress B., Schindler M., Rasche D. W. et al. *Trigeminal neuralgia: how often are trigeminal nerve-vessel contacts found by MRT in normal volunteers*. Röfo, 2006; Bd. 178, N. 3, p. 313-315.

26. Miller J.P., Acar F., Hamilton B.E., Burchiel K. J. *Radiographic evaluation of trigeminal neurovascular compression in patients with and without trigeminal neuralgia*. J. Neurosurg, 2009, vol. 110, 4, p. 627-632.

27. Monstad P. *Microvascular decompression as a treatment for cranial nerve hyperactive dysfunction a critical view*. Acta Neurol., 2007; vol. 187, Suppl. 2, p. 30-33.

28. Peker S., Dincer A., Necmettin Pamir M. *Vascular compression on the trigeminal nerve is a frequent finding in asymptomatic individuals: 3-T MR imaging of 200 trigeminal nerves using 3D CISS sequences*. Acta Neurochir. (Wien), 2009; vol., n. 5.

29. Truini A., Galeotti F., Crucci G. *New insight into trigeminal neuralgia*. J. Headache Pain, 2005, vol. 6, n. 4, p. 237-239.

30. Tursky B. *The development of a pain perception profile. A psychophysical approach*. In Weisenberg M.: Tursky B. (Ed.): Pain, new perspectives in therapy and research. New-York. Plenum Press, 1976.

31. Афанасьева Е. В. *Невралгия тройничного нерва*. Ростов н/Д.: ГОУ ВПО РостГМУ Роздрава, 2008.

32. Балязина Е. В. *Демиелинизация корешка – основанопатогенеза классической невралгии тройничного нерва*. Неврол. журн., 2010, t. 15, №1, с. 27-31.

33. Лившиц Л.Я. *Невралгия тройничного нерва и ее лечение методом направленной гидротермической деструкции чувствительного тригеминального корешка*: Автореф. дис. д-ра мед. наук, Саратов, 1968.

34. Пошатаев К. Е. и др. *Микроваскулярная декомпрессия в лечении невралгии тройничного нерва*. Поленовские чтения: Материалы Всероссийской науч.-практ. конф., СПб., 2010; с. 364.

35. Cheshire W.P. *Trigeminal neuralgia: diagnosis and treatment*. Curr. Neurol. Neurosci. Rep., 2005; vol. 5, p. 79-85.

36. Love S., Coakham H.B. *Trigeminal neuralgia: pathology and pathogenesis*. Brain., 2001, vol. 124, n. 12, p. 2347-2360.

Rezumat

Articolul tratează problema terapiei nevralgiei de trigemen. Tratamentul acestei patologii este o problemă dificilă în toată lumea. Metodele tradiționale de tratament având un caracter simptomatic și în majoritatea cazurilor un efect temporar asociat cu un șir de complicații, boala

deseori este rezistentă la terapia aplicată. În anul 1967 a fost propusă o metodă nouă de tratament – terapia tisulară, care este total diferită de metodele utilizate anterior prin mecanismul de acțiune, prin efectul curativ, dar și durata efectului curativ. Nu se dezvoltă dependență de preparatul grefat utilizat. Rezultatele pozitive la 759 pacienți au permis ca metoda să fie recunoscută de specialiștii în domeniu nu doar în Republica Moldova, ci și în multe țări europene.

Summary

The article discusses the problem of trigeminal neuralgia treatment. The therapy of this pathosis is a difficult problem worldwide. The traditional methods of treatment having a symptomatic character, in most of the cases the effect was temporary and associated with a lot of complications this rendering the disease resistant to the used treatment. In 1967 a novel method of treatment was suggested: the tissue therapy, which is totally different from those used before by the mechanism of action, its curative effect and the duration of this effect. The utilized graft preparation does not cause addiction. The positive results obtained in 759 patients made the method be recognized by the specialists in the field not only in the Republic of Moldova but also in many European countries.

Резюме

Статья посвящена проблеме лечения невралгии тройничного нерва. Лечение данной патологии до настоящего времени остается сложной проблемой во всем мире. Поскольку традиционные методы лечения имеют симптоматический характер и в большинстве случаев временный лечебный эффект, ассоциированный с рядом осложнений, болезнь часто проявляет резистентность к применяемому лечению. В 1967 году был предложен новый метод лечения – тканевая терапия, которая качественно отличается от традиционных методов механизмом действия препарата, лечебным эффектом, отдаленными результатами. Благодаря благоприятным результатам лечения 759 больных, предложенный метод был признан специалистами не только в Республике Молдова, но и во многих странах Европы.

ACTUALITĂȚI ÎN INCIDENȚA TRAUMATISMULUI ASOCIAT AL FEȚEI (revista literaturii)

Dumitru Hîțu, dr. în medicină, conf. univ.,
Catedra Chirurgie Oro-maxilo-facială
„Arsenie Guțan”,
USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Acest articol tratează problema traumatismului asociat al feței (TAF), destul de actual în diagnosticul și tratamentul patologiei traumatismului. Actualitatea temei este determinată de morbiditatea și de mortalitatea în creștere, preponderent în rândurile